

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 21

Das Organ der Ärzteschaft
Gegründet 1872

Ärztliche Mitteilungen

24. Mai 1985

KBV-Vorsitzender Prof. Häußler: „Die von uns geforderte dreijährige Qualifikation zum Kassenarzt dient keiner einzelnen Arztgruppe, sondern in erster Linie unseren Patienten und den Beitragszahlern und damit uns allen!“



**Es geht um die
Qualität des
Arztes von
morgen**

Arztzahl-Entwicklung verlangt nach Reformen | Von Dr. Blüm werden jetzt Taten erwartet | Honorarverhandlungen vor dem Abschluß

Mehr von der KBV-Vertreterversammlung in Lübeck-Travemünde auf den Seiten 1581 bis 1600

Seite eins

| | |
|-------------------|------|
| E-Honorare | 1565 |
| Eine Wende? | 1565 |

**Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung
am 13. Mai in Travemünde**

| | |
|---|-------------|
| Ernstes Ringen um die Konsolidierung der kassenärztlichen Versorgung | 1581 |
|---|-------------|

| | |
|---|-------------|
| Forderung an Bonns Adresse: Das Jahr nutzen, um notwendige Strukturreformen einzuleiten! | 1582 |
|---|-------------|

Grundsatzreferat
Professor Dr. Siegfried Häußlers

| | |
|---|------|
| EntschlieÙung zur Arztszahlentwicklung | 1585 |
|---|------|

| | |
|---|------|
| EntschlieÙung zur Honorarentwicklung | 1587 |
|---|------|

| | |
|--------------------------------------|------|
| Ehrung für Dr. Herbert Donnerhack .. | 1590 |
|--------------------------------------|------|

| | |
|---|------|
| Die Regularien: BegrüÙung, Abstimmungen, Wahlen .. | 1591 |
|---|------|

| | |
|--|-------------|
| Zu viele Ärzte: Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit muß Vorrang haben | 1592 |
|--|-------------|

Kassenärztliche Versorgung
unter wachsendem Druck
der „Ärteschwemme“

| | |
|---|------|
| Prof. Dr. Georg Wannagat: Fallpauschalsystem und Ergänzung der Bedarfsplanung | 1594 |
|---|------|

| | |
|--|------|
| Dr. F.-J. Oldiges: Restriktionen bei Ausbildung, Zulassung und Vergütung | 1596 |
|--|------|

| | |
|--|------|
| Ministerialdirektor Karl Jung: Das Stufenkonzept des Bundesarbeitsministeriums | 1597 |
|--|------|

| | |
|--|------|
| Diskussion: Sofortmaßnahmen – ja, aber nicht nur Symptome angehen! .. | 1599 |
|--|------|

Aktuelle Medizin

Übersichtsaufsätze

| | |
|---|------|
| Vasodilatoren: Mittel der ersten Wahl in der Notfall- und Intensivmedizin | 1601 |
|---|------|

Prof. Dr. med. Wulf-Dirk Bussmann

**Jahreszeitliche Geburtenverteilung:
Die Gipfel ändern sich nicht 1625**

Dr. med. Gerhard Zinßer

Editorial

**Der psychiatrische Pflegefall –
ein zeitgemäßer Anachronismus? ... 1608**

Dr. med. Bernd Eikermann
Prof. Dr. med. Rainer Tölle

Kurzmitteilungen

**Schilddrüsenfunktionsdiagnostik
und die Diagnose
von Schilddrüsenkrankheiten 1614**

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba et al.

**Für die Teilnahme am Schulsport
während der Menstruation 1620**

Vera Schwarz, Ärztin

Sauerstoff-Langzeittherapie 1623

Prof. Dr. med. Rudolf Ferlinz

Kongreß-Bericht

**Die Prähospitalphase des Notfalls –
Möglichkeiten und Probleme 1621**

Prof. Dr. med. H. Gillmann

Für Sie gelesen

**Bedeutung der CT bei Patienten mit
Schlaganfall – Pseudoporphyrie nach
Genuß von Bierhefe 1613**

**Anfälle unter Domperidon –
Hypertensive hypertrophische
Kardiomyopathie – Somatostatin
bei sekretorischer Diarrhöe 1624**

Kulturmagazin

**Sankt Kosmas
und Sankt Damian 1627**
Zeitlose Parabel
auf zwei unbequeme Mediziner

Bekanntgaben

**Kassenärztliche Bundesvereinigung:
Kassenarztsitze – Bundesärztekam-
mer: Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft / Durchsicht
des Ärztemusterbestandes 1630**

Paracelsus-Medaille 1985

**Aus Anlaß des 88. Deutschen Ärzteta-
ges in Lübeck-Travemünde mit der
Paracelsus-Medaille der deutschen
Ärzeschaft 1985 ausgezeichnet: Prof.
Dr. med. Dr. h. c. mult. Wilhelm Doerr;
Prof. Dr. med. Otto Lippross; Dr. med.
Kaspar Roos 1632, 1633**

Personalia 1634

Leserdienst

Wirtschaft

Der Aufschwung hält an 1635
Aber ohne eine stärkere Dynamik /
Die neue Konjunkturprognose liegt vor

Kapitalmarkt: Sammlermünzen – An-
lageschwerpunkte – Ökonomie im
Buch: Fluchtburgen des Geldes 1636

Bücher

Neueingänge bei der Redaktion 1638

Fotografie

Vergrößerungsgerät von Kaiser – TTL-
Blitzmessung für Rolleis – Zukunfts-
musik bei Polaroid – Fotografie im
Buch 1640

Hörfunk und Fernsehen 1641

Auto 1642

Aus Industrie und Forschung

Das Schleifendiuretikum Muzolimin:
Sowohl high ceiling als auch long ac-
ting – Prostaglandin E1 gegen schwe-
re arterielle Verschußkrankheiten:
Amputation konnte verhindert wer-
den – Naftifin: der erste Vertreter ei-
ner Klasse neuer Antimykotika – Buta-
zolidin beschränkt anzuwenden – Zur
Monographie „Piracetam“ – Alpha-1-
Blockade 1644

Post scriptum

Verbrieftes 1646

Impressum/Vorschau auf Heft 22 1647

Im vorderen HeftteilFortbildung aktuell

Grado '85 1570

Prof. Dr. med. Heinz Losse

Briefe an die Redaktion

Kindergärten: Frage an Pädiater und
Psychologen – Krankenhäuser: Hoch-
schulen holen auf – Tierversuche:
Ethische Vertretbarkeit – Lehrer:
Hauptsache übersehen 1572

Zeitenwende in der Medizin (I) 1574

Dr. med. G. Hunger, Julia Barg, Dr. med. univ. J. Tej-
mar, Dr. Dr. med. S. Hild, Dr. med. Wolf-Achim Sintenis

Schilddrüsenfunktionsdiagnostik und die Diagnose von Schilddrüsenkrankheiten

Empfehlungen der Sektion Schilddrüse
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 1985

Die Richtlinien der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie waren seinerzeit als Arbeitsunterlagen dem Deutschen Ärzteblatt zur Veröffentlichung vorgelegt worden. Wegen des Umfangs von 44 Seiten kam eine Wiedergabe dieses praktisch wichtigen „neuesten Standes“ der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen im Deutschen Ärzteblatt leider aus Raumgründen nicht in Betracht. Die Empfehlungen wurden inzwischen in der „Internistischen Welt“ (8/1985 Seite 50–57 und 78–86) veröffentlicht. Auf unseren Vorschlag hat der derzeitige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, Professor Dr. med. Peter C. Scriba, Lübeck, eine Kurzfassung mit den wesentlichen Empfehlungen eingereicht, die wir gern wiedergeben.

Rudolf Gross

Die interdisziplinär erarbeiteten, diagnostischen Richtlinien sollen ein Grundgerüst für die Präzisierung der Indikation für die verschiedenen diagnostischen Verfahren abgeben. Sie wenden sich vor allem an die praktizierenden Kollegen und an weniger spezialisierte Klinikärzte.

Manche Vereinfachungen waren erforderlich; begründete Abweichungen von den hier vorgeschlagenen diagnostischen Strategien wird es in Einzelfällen immer geben müssen. Dennoch hoffen wir, daß die weitaus überwiegende Mehrheit der Anwender mit diesen einmütig verabschiedeten Richtlinien arbeiten kann.

Um die Akzeptanz dieser Richtlinien zu erleichtern, haben wir uns zu einer zusammenfassenden Synopsis (Tabelle) entschlossen. Diese Synopsis ist in Primär- und Verlaufsdagnostik unterteilt und stimmt, bei unvermeidlichen Vereinfachungen, mit dem ausführlichen Text sachlich überein, dessen genaue Lektüre zur Verdeutlichung aber empfohlen wird.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, daß praktisch keine der aufgeführten in-vitro- und in-vivo-Methoden eine Diagnose per se erlaubt, da bei verschiedenen Schilddrüsenerkrankungen für Einzelparameter ähnliche oder gleiche Befunde auftreten können und vor allem die in-vitro-Teste auch extrathyreoidalen Einflüssen unterliegen, die den typischen Befund maskieren können. Daraus folgt:

① Die eingeschränkte und unterschiedliche Spezifität der speziellen Tests, patienten- und methodenabhängige Verfälschungsmöglichkeiten und nicht zuletzt die Kosten machen es erforderlich, daß

a) alle in vivo und in vitro erhobenen Testresultate nur in Kenntnis der klinischen Situation (Anamnese und körperliche Untersuchung) interpretiert und bewertet werden dürfen, und

b) Voraussetzung für eine Maximierung der Aussage dieser Tests die Erhöhung der Eingangswahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bestimmten Schilddrüsenstörung (klinische Fragestellung)

ist (Tabelle), wobei die begrifflichen Kategorien Ausschußdiagnostik und Nachweis ebenso auseinanderzuhalten sind wie die Diagnostik von Funktionsstörungen einerseits und Schilddrüsenkrankheiten andererseits. Beides setzt die qualifizierte, spezifische und eingehende Erhebung von Anamnese und Befund voraus, so daß die klinische Untersuchung nach wie vor die *obligate* Basis jeglicher Schilddrüsendiagnostik darstellt.

② Bei nicht erklärbaren Diskrepanzen zwischen klinischem Bild und den Ergebnissen der speziellen Methoden, wie auch bei solchen innerhalb der speziellen Methoden sollte der Patient mit den bisherigen Befunden dann einer Stelle mit besonderer Erfahrung überwiesen oder zumindest deren Rat eingeholt werden.

Anhang zur Tabelle: Verlaufsdagnostik

Primäre Hypothyreose, erworben

Unter Thyroxin-Therapie TT_4 -Bestimmung bei Einnahme bis zum Tag vor der Untersuchung, sonst TT_3 ; (Proteinbindung?). Bei Erreichen der Euthyreose Normalisierung des TRH-Tests überprüfen. Anschließend Kontrollen in einjährigem Abstand (TRH-Test, eventuell fT_4).

Primäre Hypothyreose, angeboren

Unter ausreichender Thyroxin-Therapie anthropometrische Daten und Knochenalter ermitteln. TT_4 und basales TSH bestimmen. Im weiteren Verlauf psychologische Testverfahren einsetzen.

Sekundäre Hypothyreose

Wie bei der Diagnose sind auch bei der Verlaufskontrolle Spezialkenntnisse erforderlich. ▽

Mit Venoruton[®] ist sie unbeschwerter

Weil es nicht nur die Beschwerden der Schwangerschaftsvarikosis und Ödeme beseitigt – sondern weil sie sich auf die Unbedenklichkeit von Venoruton verlassen kann; denn Studien* und die vielfache Anwendung während der Schwangerschaft gaben keinerlei Hinweis auf Nebenwirkungen und Risiken.

*1) Bergstein, N.: J. Int. Med. Res. 3, 189-193 (1975)

2) Schmid, W.: Fortschr. Med. 34, 1279-1280 (1977)

Venoruton[®]. Der Partner in der Venentherapie.

Zusammensetzung:

Venoruton-Präparate enthalten O-16-Hydroxyethylrutoside in unterschiedlicher Konzentration.

Indikationen:

Variköse und postthrombotische Syndrome, chronisch-venöse Insuffizienz in allen Stadien, Schwangerschafts-varikosis.

Kontraindikationen:

Nicht bekannt.

Konzentrationen, Handelsformen, Preise, Anwendung:

Venoruton[®] -intens
(500 mg/Filmdragee)
20 Filmdragees/N 1 DM 25,95
50 Filmdragees/N 2 DM 57,25
100 Filmdragees/N 3 DM 103,90
Phlebologie: täglich 1- bis 2mal
1 Filmdragee (Strahlentherapie:
täglich 2mal 1 bis 3mal 2 Filmdragees. Retinopathia diabetica: täglich 2- bis 3mal 2 Filmdragees.)

Venoruton[®] injectabile

(500 mg/5 ml)
5 Ampullen DM 19,25
10 Ampullen DM 31,65
1 Ampulle täglich oder
jeden zweiten Tag im
oder langsam iv.

Venoruton[®] 300

(300 mg/Kapsel)
20 Kapseln/N 1 DM 19,40
50 Kapseln/N 2 DM 41,50
100 Kapseln/N 3 DM 76,15
täglich 2mal 1 Kapsel

Venoruton[®] retard

(300 mg/Dragee, kontinuierliche Wirkstoffabgabe)
20 Dragees/N 1 DM 20,50
50 Dragees/N 2 DM 43,40
100 Dragees/N 3 DM 79,90
täglich 1- bis 2mal 1 Dragee

Venoruton[®] Gel (2% g/g)

40 g Gel DM 12,45
100 g Gel DM 26,45
täglich 2mal dünn auftragen und gut einstreichen.

Zyma GmbH München
Zielstattstraße 40

Stand: Februar 1985



| Tabelle: Primärdiagnostik (Erstuntersuchung) | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|---|---|---|---|------------------------|----------------------|
| | Anamnese¹ Körperliche² Untersuchung | In-vitro-Diagnostik³ | | | Indirekter oder direkter Parameter für die freien Schilddrüsenhormone¹⁰ | | | TSH basal | TRH- Test |
| | | TT₄ | TT₃ | | | | | | |
| Funktionsstörungen | | | | | | | | | |
| Nachweis Euthyreose ⁴ | I | – | – | – | | | | – | II |
| Ausschluß Hyperthyreose | I ⁵ | – | – | – | | | | – | I |
| Nachweis Hyperthyreose | I | I | I ⁶ | I | | | | – | II |
| Ausschluß primäre Hypothyreose | I ⁷ | – | – | – | | | | I | II |
| Neugeborenen-Hypothyreose-Screening | (I) | – | – | – | | | | I ⁸ | – |
| Nachweis Neugeborenen-Hypothyreose | I ⁹ | I | I | I | | | | I | – |
| Nachweis Hypothyreose | I | I | – | I | | | | II | III |
| | Anamnese¹ Körperliche² Untersuchung | In-vitro-Diagnostik³ | | In-vivo-Diagnostik | | Szinti- graphie¹² | Feinna- delpunk- tion und Zytolo- gie¹³ | Rö¹⁴ | CT |
| | | MAK¹⁵ | TBIAb¹⁵ | Sonogra- phie (Volume- trie) | In-vivo- Funk- tions- diagno- stik¹¹ | | | | |
| Schilddrüsenkrankheiten | | | | | | | | | |
| Ausschluß einer Schilddrüsenkrankheit ¹⁶ | I | – | – | I | – | III | – | – | – |
| Ursache einer Hypo- thyreose | | | | | | | | | |
| Primäre Hypothyreose ¹⁷ | | | | | | | | | |
| erworben | I ¹ | I ¹⁸ | – | II | III | III | III | – | – |
| angeboren | I | – | – | – | – | II | – | I ⁹ | – |
| Ursache einer Hyper- thyreose²⁵ | | | | | | | | | |
| Morbus Basedow | I ¹⁹ | II | II | I | III ^{20,22} | II | III ²¹ | III | – |
| Autonomes Adenom und multifokale/disseminierte Autonomie | I ²³ | III | III | I | II ²² | I ²⁴ | III | – | – |
| Chronische Thyreoiditis | I ^{26,27} | I ¹⁸ | – | I | – | – | I | – | – |
| Akute/subakute Thyreoiditis | I ^{26,28} | II ¹⁸ | – | I | – | III | I | – | – |
| Struma maligna | I ^{29,26,31} | III | – | I | – | I ³⁰ | I | II | III |
| Struma¹⁶ | | | | | | | | | |
| diffusa | I ³² | III | – | I ³⁵ | – | III ^{33,22} | III | – | – |
| nodosa | I ³² | III | – | I ³⁵ | III | I ^{34,22} | II | III | (III) |
| I = unbedingt erforderlich; II = in zweiter Linie erforderlich; III = diagnostische Ausweitung; – = nicht erforderlich | | | | | | | | | |

Morbus Basedow

Regelmäßige Zwischenanamnese und Kontrolle des Untersuchungsbefundes besonders wichtig. Bei antithyreoidaler Dauerbehandlung: Leukozyten- und Thrombozytenzählung, unter Erhaltungsdosis in sechs- bis zehnwöchigen Abständen. Jeweils zum gleichen Zeitpunkt Bestimmung von TT₄

und TT₃ (Proteinbindungsverhältnisse beachten!). – Hinweise auf das Eintreten einer Remission können geben: TBIAb, ¹²³J-uptake, Sonographie und TRH-Test. – Auslaßversuch erst nach ein- bis anderthalbjähriger antithyreoidaler Behandlung. – Langzeitüberwachung wegen der Risiken Rezidiv, Hypothyreose und progrediente endokrine Orbitopathie. –

Die Behandlung der endokrinen Orbitopathie selbst erfordert besondere Erfahrung.

Nach Strumaresektion oder Radiojodtherapie: Wenn die Euthyreose erreicht wurde, TRH-Test in anfangs dreimonatigen, später einjährigen Abständen. Bei Verdacht auf Funktionsstörung bedarfsgerechte Diagnostik.

- ¹ Begleitkrankheiten, Medikamente, Jodexzeß, Schilddrüsen-Op., Radiojodtherapie, Fam.-Anam.: Organspezifische Autoimmunkrankheiten beachten!
- ² Schilddrüsenlokalbefund dokumentieren: diffus-knotig; Konsistenz; Größe, auch der Knoten; Schwirren; Lymphome, Einflusstauung; Stridor; Heiserkeit: etc.
- ³ Qualitätssicherung beachten! Bei Wechsel des Testbestecks: Neuer (eigener) Normalbereich erforderlich. TT_4 und TT_3 sind die Gesamthormonkonzentrationen.
- ⁴ Ausweitung bei unklarem Krankheitsbild je nach Risiko des Patienten. Problem: Bei Schwerkranken mit z. B. niedrig- T_3 -Syndrom oder neg. TRH-Test spezielle Erfahrung erforderlich!
- ⁵ Cave: Übersehene Altershyperthyreose!
- ⁶ Die Diagnose „isolierte T_3 -Hyperthyreose“ erfordert den negativen TRH-Test.
- ⁷ Cave: Übersehene Altershypothyreose!
- ⁸ Filterpapier-TSH-Bestimmung am 5. Tag (beim Stoffwechsel-Screening).
- ⁹ Klinischer Beweis: Röntgen-Knochenkerne (Knie- und Fußgelenk).
- ¹⁰ Alternativ, s. Text: fT_4 -Index bzw. T_4 /TBG-Quotient mit TT_4 oder nur direkte fT_4 -Bestimmung.
- ¹¹ Kurztest, z. B. ^{123}J -uptake.
- ¹² $^{99}Tc^m$ oder ^{123}J , möglichst quantitativ; Tastbefund dokumentieren!
- ¹³ Gezielt nach Sono- und/oder Szintigramm!
- ¹⁴ Thorax, Trachea, Ösophagus, evtl. Sternum.
- ¹⁵ Autoantikörper gegen mikrosomales Antigen (MAK); TSH-Bindung-inhibierende Antikörper (TBIAb).
- ¹⁶ Nachweis Euthyreose s. o.
- ¹⁷ Die sekundäre Hypothyreose ist auch bei inkonsistentem TRH-Test meist mit einer kompletten/inkompletten HVL-Insuffizienz verbunden.

den. Spezialkenntnisse erforderlich!

- ¹⁸ MAK¹⁵ und Antithyreoglobulinbestimmung.
- ¹⁹ „Endokrine“ Orbitopathie ist pathognomonisch! Ggf. Befund mit Ophthalmologen genau dokumentieren!
- ²⁰ Suppressionstest z. B. bei Verdacht auf euthyreote endokrine Orbitopathie.
- ²¹ Vor allem bei Struma nodosa!
- ²² Radiojodtest nur vor Radiojodtherapie!
- ²³ Einknotige oder mehrknotige Struma?
- ²⁴ Quantitativ! Zum Nachweis paronodulären Gewebes auch Übersteuerung oder Sonographie. Bei euthyreoter Autonomie Suppressionsszintigramm!
- ²⁵ Seltene Ursachen: Thyreotoxikosis factitia (u. a. Thyreoglobulin-Bestimmung); Thyreoiditis (s. u.); Struma maligna (s. u.); zentrale Hyperthyreose (erhöhtes TSH).
- ²⁶ Funktionsdiagnostik nach klinischem Verdacht (s. o.).
- ²⁷ Klinisch z. T. als einfache Struma imponierend.
- ²⁸ Allg. Krankheitsgefühl, Schmerzen, pathol. BSG, Elpho., Blutbild.
- ²⁹ Frühdiagnostik entscheidend; deswegen bei geringstem Verdacht konsequente Diagnostik!
- ³⁰ Bei starkem Verdacht oder zytologischem Nachweis gleich mit ^{131}J od.
- ³¹ Die postoperative Definition des TNM-Stadiums gehört auch noch zur Primärdiagnostik!
- ³² Bedarfsgerechte Funktionsdiagnostik (s. o.):
- ³³ Bei Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen etwa bis zum 30. Lebensj. kann auf das Szintigramm verzichtet werden (s. Text).
- ³⁴ Suppressionsszintigramm bei Verdacht auf euthyreote Autonomie.
- ³⁵ Möglichst mit Volumetrie.

derer organspezifischer Autoimmunerkrankungen sind anfänglich in halbjährigen, später in einjährigen Abständen erforderlich. Gegebenenfalls Kontrolle der Thyroxin-Therapie (siehe oben).

Akute/subakute Thyreoiditis

Lokalbefund! BSG usw.; Schilddrüsenfunktion nach klinischem Verdacht kontrollieren. Kurzfristige Überwachung wegen der Rezidivgefahr über 6 bis 12 Monate.

Struma maligna

Die Versorgung von Patienten mit den verschiedenen Formen der Struma maligna erfordert ganz besondere persönliche Erfahrung und sollte zumindest in enger Kooperation mit einem spezialisierten Zentrum erfolgen. Grob vereinfachend bestehen folgende Aufgaben:

1. Suche nach Restgewebe oder Metastasen (Sonographie, Feinnadelpunktion, ^{131}J -Szintigraphie, Röntgenuntersuchungen, Computertomographie). Tumormarker: Thyreoglobulinbestimmung bei differenzierten Schilddrüsenmalignomen im weiteren Verlauf; bei medullärem Schilddrüsenkarzinom vor allem Kalzitininbestimmung.

2. Überprüfung der suppressiven Schilddrüsenhormontherapie: TRH-Test, TT_3 -Bestimmung.

3. Ausschluß und gegebenenfalls Therapie eines postoperativen Hypoparathyreoidismus.

Autonomes Adenom und multifokale/disseminierte Autonomie

Nach Operation oder Radiojodtherapie bedarfsgerechte Funktionsdiagnostik (siehe oben, vor allem TRH-Test). Quantitativ ausgewertete Szintigraphie zum Nachweis der Ausschaltung des autonomen Gewebes. Gegebenen-

falls Kontrolle der Schilddrüsenhormontherapie wegen einer Hypothyreose bzw. als Rezidivprophylaxe.

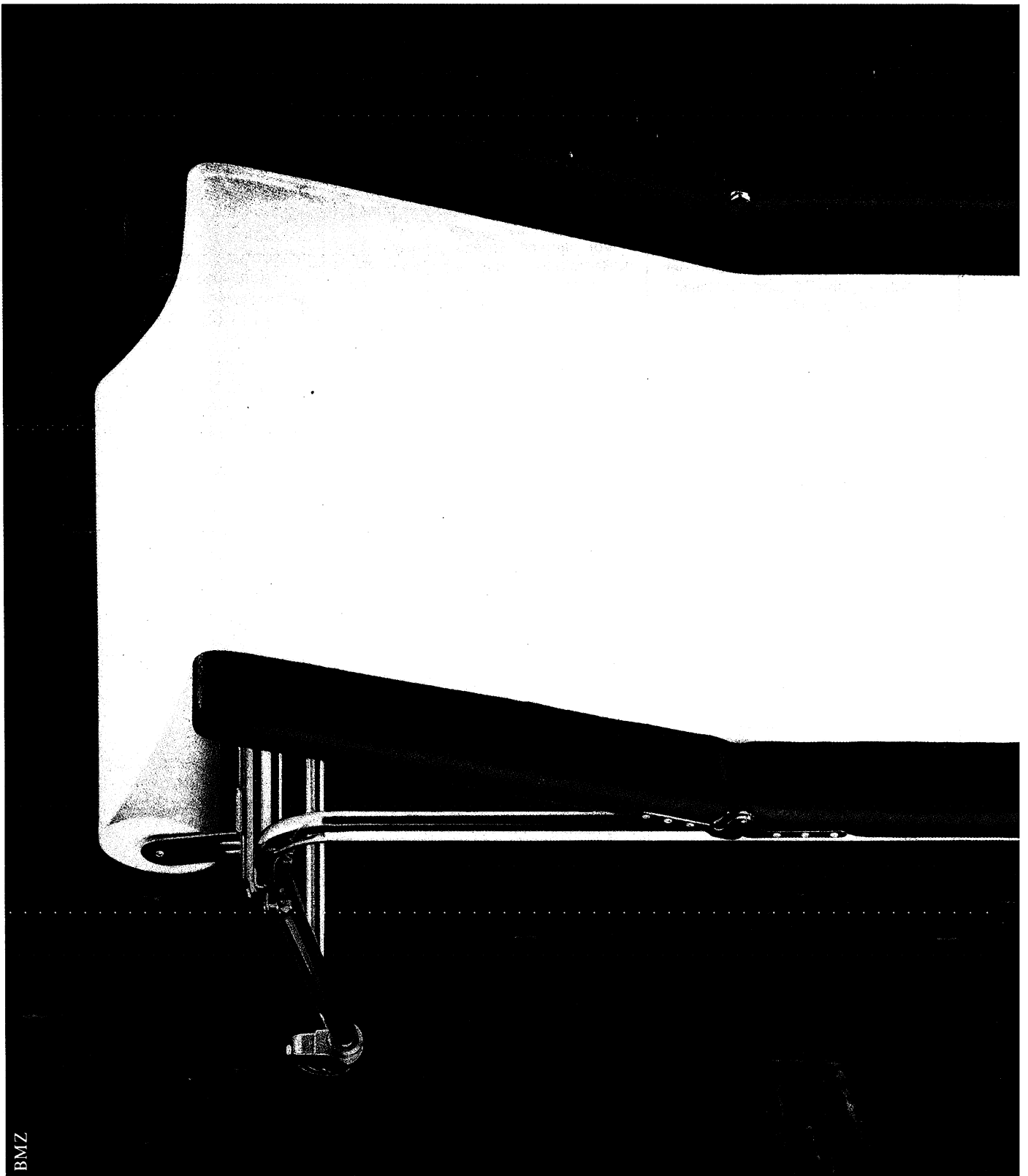
Chronische Thyreoiditis

Kontrollen zum Ausschluß oder Nachweis einer möglichen Hypothyreose und wegen der Frage an-

Struma (mit Euthyreose)

Bei Schilddrüsenhormontherapie: Anamnese, körperliche Untersuchung (Tastbefund) sowie sonographische Volumetrie sind besonders wichtig. TT_4 -Bestimmungen oder ein fT_4 -Parameter einen Tag nach der letzten Thyroxin-Einnahme. ▷

Das Ende rauher Sitten: 80 m KI



BMZ

Weiches Tissue oder Krepp? Die Frage hat sich inzwischen erledigt. Denn die 80-m-Kleenex®-Ärztrolle ist bei feinsten 2-lagigen Tissuequalität genauso preiswert wie Krepp. Da sind Ihre Patienten gleich viel besser aufgelegt. Und Sie

ersparen sich eine Menge Arbeit. Denn bei 80 m je Rolle müssen Sie entsprechend wenig wechseln. Wir haben übrigens noch mehr so gute Ideen auf Lager: Wischtücher, Pflegetücher, Ärztehandtücher...

nex[®] - zum Preis von Krepp.

Jetzt haben Sie mich aber neugierig gemacht.
Infos und Muster bitte an:

Name: _____

Praxisanschrift: _____

Kimberly-Clark GmbH, Carl-Spaeter-Str. 17,
5400 Koblenz-Rheinhafen, Telefon 02 61/8 93-1.



Kimberly-Clark

Es ist die Qualität der Ideen.

Diagnostische Ausweitungen: TRH-Test mit der Frage der Suppression, TT_3 -Bestimmung mit der Frage der Überdosierung und Suppressionsszintigramm mit der Frage nach übersehenen autonomen Bezirken.

Rezidivprophylaxe mit Schilddrüsenhormonen (oder Jodid) nach Strumaresektion, aber auch nach Radiojodtherapie und suppressiver Schilddrüsenhormonbehandlung: Tastbefund, sonographi-

sche Volumetrie, bei Bedarf TRH-Test zum Nachweis der Euthyreose.

Mitglieder der Kommission der Sektion:

P. C. Scriba, Lübeck (Vorsitz); W. Börner, Würzburg; D. Emrich, Göttingen; R. Gutekunst, Lübeck; J. Herrmann, Düsseldorf; K. Horn, München; M. Klett, Heidelberg; H. L. Krüskemper, Düsseldorf; P. Pfannenstiel, Wiesbaden; C. R.

Pickardt, München; Chr. Reiners, Würzburg; D. Reinwein, Essen; H. Schleusener, Berlin.

Anschrift für die Verfasser:

Professor Dr. med.
Peter C. Scriba
Klinik für Innere Medizin
Medizinische Hochschule Lübeck
Ratzeburger Allee 160
2400 Lübeck